

Höger, Christoph

## **Zum Standort institutioneller Erziehungsberatung innerhalb eines psychosozialen Versorgungssystems**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 36 (1987) 6, S. 204-209*



Quellenangabe/ Reference:

Höger, Christoph: Zum Standort institutioneller Erziehungsberatung innerhalb eines psychosozialen Versorgungssystems - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 36 (1987) 6, S. 204-209 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-8199 - DOI: 10.25656/01:819

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8199>

<https://doi.org/10.25656/01:819>

in Kooperation mit / in cooperation with:

**Vandenhoeck & Ruprecht**

**V&R**

<http://www.v-r.de>

### **Nutzungsbedingungen**

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.  
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Terms of use**

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.  
This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### **Kontakt / Contact:**

**peDOCS**  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

Mitglied der

  
Leibniz-Gemeinschaft

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin  
M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen

Schriftleitung: Rudolf Adam und Friedrich Specht unter Mitarbeit von Gisela Baethge und Sabine Göbel  
Redaktion: Günter Presting

36. Jahrgang / 1987

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG  
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

## Zum Standort institutioneller Erziehungsberatung innerhalb eines psychosozialen Versorgungssystems

Von Christoph Höger

### Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden Arbeitsformen und Konzeptentwürfe institutioneller Erziehungsberatung in einen Zusammenhang mit Abgrenzungstendenzen und Erwartungen bei anderen psychosozialen Systemen sowie mit Bedürfnissen und Einstellungen von Ratsuchenden gestellt. Dies wird unter anderem dadurch möglich, daß Ergebnisse eigener Erhebungen an südniedersächsischen Erziehungsberatungsstellen und Jugendämtern den Überlegungen zugrundegelegt werden können. Für die Beschreibung und Analyse von Wechselwirkungen wird das Modell eines regionalen Versorgungssystems verwendet, dessen Ausbau zu einem koordinierten Verbundsystem institutioneller Erziehungsberatung flexible Definitionen und Handlungsspielräume eröffnen kann.

### Einleitung

Die Debatte über zukünftige Konzepte und Entwicklungstendenzen von institutioneller Erziehungsberatung ist in vollem Gang. Sie findet sowohl intra- und interinstitutionell zwischen Mitarbeitern von Beratungsstellen als auch auf der Ebene der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung statt, dort unter Einbeziehung übergreifender soziologischer Reflexionen zur gesellschaftlichen Funktion von Erziehungsberatung. Begleitet und beeinflusst wird sie durch Erwartungen und kritische Kommentare aus anderen Bereichen der psychosozialen Versorgungsszene sowie Vorgaben der Träger. Die sozialpolitischen Rahmenbedingungen schließlich lassen derzeit zumindest quantitative Ausweitungen unrealistisch erscheinen (vgl. *Presting* in diesem Heft). Ein Blick auf diese vielfältige Diskussionslandschaft zeigt entsprechend unterschiedliche und teilweise widersprüchliche argumentative Standpunkte und dahinterliegende Interessenlagen (vgl. *Bundeskonferenz für Erziehungsberatung* 1985, 1986). Ein weiterer Beitrag zu dieser Debatte erfordert einen anderen Zugang, sofern nicht nur eine zusätzliche Untermauerung des einen oder anderen Standpunkts und damit eine Vergrößerung der Gegensätze resultieren soll. Dieser Zugang besteht darin, die Modellvorstellung eines Verbundsystems psychosozialer Versorgung zu verwenden, die erstmals in der Enquête zur Lage der Psychiatrie entwickelt worden ist (*Deutscher Bundestag* 1975). In diesem Artikel soll der Erklärungswert einer solchen Zielvorstellung für Entwicklungsperspektiven institutioneller Erziehungsberatung geprüft werden.

Zuerst muß kurz auf den Begriff *Verbundsystem* eingegangen werden. Er meint Koordination und Kooperation der an der Versorgung beteiligten Subsysteme (u.a. niedergelassene Therapeuten, Beratungsstellen, teilstationäre Dienste, kinder- und jugendpsychiatrisches Zentrum) innerhalb einer Region. Für die weiteren Überlegungen sind zwei Modifikationen nötig. Zum einen entspricht institutionalisierte Kooperation und Koordination nur ausnahmsweise der Realität. Es wird deshalb hier der voraussetzungsärmere Begriff *Versorgungssystem* gewählt, für dessen Definition die Beziehung der Subsysteme zueinander nicht konstitutiv ist. Ein Versorgungssystem ist daher vorerst nur ein Konstrukt, das einen bestimmten regionalen Ausschnitt struktureller Bedingungen von Beratung beschreibbar machen soll. Die zweite Modifikation besteht darin, daß die einzelnen Einrichtungen in einem Versorgungssystem historisch und formal-administrativ in andere soziale Systeme wie Jugendhilfe, Sozialhilfe und Gesundheitswesen eingebunden sind, wodurch die Versorgungsrealität entscheidend geprägt wird. Überlegungen zur Position institutioneller Erziehungsberatung in einem Versorgungssystem müssen sich also zunächst auf ihre Beziehung zu diesen relevanten sozialen Systemen richten. Erziehungsberatung und Gesundheitswesen sowie Erziehungsberatung und Jugendhilfe sind deswegen die Überschriften der nächsten beiden Abschnitte. Anschließend wird auf die Konzeptdebatte innerhalb des Subsystems Erziehungsberatung eingegangen; in einem weiteren Abschnitt wird dann die Perspektive der Ratsuchenden in die Überlegungen einbezogen. Am Ende stehen Schlußfolgerungen, die den konzeptionellen Beitrag des Konstrukts Versorgungssystem verdeutlichen sollen.

Die Überlegungen stützten sich auf Ergebnisse eigener Erhebungen und Interviews mit Fachleuten der ambulanten psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (*Höger et al.* 1985) sowie auf eine repräsentative Umfrage unter den Erziehungsberatungsstellen der Bundesrepublik (*Presting* 1987). Außerdem wird ohne Anspruch auf Vollständigkeit auf Publikationen Bezug genommen, die sich pointiert zur Thematik äußern.

### Erziehungsberatung und Gesundheitswesen

Die gesetzliche Grundlage für die Einrichtung von Erziehungsberatungsstellen findet sich in § 5 des Jugendwohlfahrtsgesetzes. Eine genauere inhaltliche Bestimmung wurde 1973 durch die für Jugendhilfe zuständigen

Senatoren und Minister der Bundesländer vorgenommen (Grundsätze für die einheitliche Gestaltung der Richtlinien der Länder für die Förderung von Erziehungsberatungsstellen). Aufgaben von Erziehungsberatungsstellen liegen danach in den Bereichen Diagnostik, Beratung und erforderlichenfalls Behandlung sowie Prävention (Spittler und Specht 1984). Diese Vorgaben lassen für die konkreten Tätigkeiten einen großen Spielraum. Entsprechend vielfältig waren in Interviews, die im Rahmen eines Forschungsprojekts zur Inanspruchnahme psychosozialer Dienste in Südniedersachsen geführt wurden, die Antworten der Mitarbeiter der Erziehungsberatungsstellen auf die Frage nach ihrem Arbeitsschwerpunkt. Die Spannweite reichte von der offenen Anlaufstelle ohne festgelegtes Konzept über verschiedene Kombinationen von therapeutischen Angeboten bis hin zur streng familientherapeutisch orientierten Einrichtung. Eine der in die Untersuchung einbezogenen 7 Beratungsstellen versuchte, ihren Arbeitsschwerpunkt zum präventiven Bereich hin zu erweitern. Bei allen Einrichtungen überwogen aber auf den Einzelfall bezogene Beratungen, verschiedene Formen von Einzeltherapie und Familientherapie gegenüber den präventiven Tätigkeiten. Mit Ausnahme der einen öffnungsorientierten Beratungsstelle herrschte der Arbeitsstil vor, zu warten, bis Betroffene in die Erziehungsberatungsstelle kommen (Höger et al. 1985).

In der Versorgungspraxis hat sich also offenbar vorwiegend der Typ einer klinischen Erziehungsberatung herausgebildet. Daß dies keine Besonderheit des untersuchten südniedersächsischen Raumes ist, zeigt eine repräsentative Umfrage, an der sich über 90% der bundesrepublikanischen Erziehungsberatungsstellen beteiligten. Fast alle Beratungsstellen gaben als häufige und sehr häufige Tätigkeiten Einzel- und Familienberatung an, etwa  $\frac{2}{3}$  der Beratungsstellen Einzeltherapie mit Jugendlichen und etwa die Hälfte Familientherapie. Dagegen war nur etwa ein Viertel der Erziehungsberatungsstellen häufig damit befaßt, Klienten direkt in deren sozialem Umfeld zu unterstützen (Presting 1987). Für die Dominanz dieses Typs institutioneller Erziehungsberatung sind mehrere Gründe maßgebend:

1) Es besteht Bedarf für die therapeutische Orientierung der Erziehungsberatungsstellen. Eher vorsichtige Schätzungen gehen von einer Prävalenz von etwa 7% behandlungsbedürftiger psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen aus (z. B. Graham 1979). Es liegt in erster Linie an quantitativen Versorgungsmängeln, daß nur etwa jedes fünfte behandlungsbedürftige Kind im Laufe eines Jahres eine für psychosoziale Versorgung zuständige Institution aufsucht (vgl. Höger et al. 1985, 226). Zumindest in schlecht versorgten Regionen stehen aber außerhalb von Erziehungsberatungsstellen kaum qualifizierte Fachleute für die Behandlung dieser Kinder und Jugendlichen zur Verfügung. Die oft unzureichende personelle Besetzung der Beratungsstellen verschärft dabei den örtlichen Bedarfsdruck.

2) Dieser Inanspruchnahmendruck, der sich für Ratsuchende in Wartezeiten bemerkbar macht, wirkt sich auf

die Arbeitsweise der Mitarbeiter in den Beratungsstellen dahingehend aus, daß für andere Tätigkeiten als fallbezogene Klärung, Beratung und Behandlung kaum Zeit bleibt. Konkretisiert am Beispiel der südniedersächsischen Erziehungsberatungsstellen: Die Verteilung der psychischen Auffälligkeiten und familiären Probleme, derwegen die Inanspruchnahme erfolgte, entsprach bei unserer Erhebung von Erstkontakten weitgehend der Verteilung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (58% der Kinder und Jugendlichen in den Beratungsstellen zeigten emotionale Probleme, 42% LernLeistungsprobleme, 34% extrovertierte Störungen des Sozialverhaltens, 18% psychosomatische Auffälligkeiten; Mehrfachnennungen waren möglich). Eine Einflußnahme auf diese Probleme und Auffälligkeiten erforderte nach Ansicht der Experten bei 66% der betroffenen Familien Beratungen, bei 23% eine Einzelpsychotherapie, bei 20% Familientherapie und bei 6% sonderpädagogische Maßnahmen.

3) Wenn man annimmt, daß das Inanspruchnahmeverhalten durch eine Wechselwirkung zwischen institutionellem Angebot und Bedürfnissen der Ratsuchenden bestimmt und reguliert wird, ist die Dominanz klinischer Psychologen in den Erziehungsberatungsstellen eine wichtige Einflußgröße. Der Anteil der Psychologen an den Fachkräften in Beratungsstellen beträgt knapp 50%; mit bereits deutlichem Abstand an zweiter Stelle folgen die Sozialarbeiter und Sozialpädagogen mit einem Anteil von 28%. Etwa 85% der Einrichtungen werden von Diplom-Psychologen geleitet; Mitarbeiter dieser Berufsgruppe verfügen häufig über psychotherapeutische Zusatzqualifikationen (Presting 1987). Es liegt daher nahe, daß sie mit diesen therapeutischen Kompetenzen das Tätigkeitsfeld institutioneller Erziehungsberatung prägen.

4) Schließlich erstrecken sich die Erwartungen der Mitarbeiter anderer psychosozialer Institutionen an die Tätigkeit von Erziehungsberatungsstellen ebenfalls vorwiegend auf Beratungen und psychotherapeutische Einflußnahmen. Dies legen zumindest die Ergebnisse unserer Interviews mit Mitarbeitern von Jugendämtern, schulpsychologischen Diensten und einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik nahe.

Zugespitzt formuliert: Erziehungsberatungsstellen sind Einrichtungen der Jugendhilfe, die Schwerpunkte ihrer Arbeit auf die Bereiche Beratung und Behandlung setzen. Sie üben damit Tätigkeiten aus, für die sich prinzipiell auch das System Gesundheitswesen zuständig fühlt. So äußert denn auch Strunk (1985, 81): „Meines Erachtens kann es nicht Aufgabe der mit öffentlichen Mitteln unterhaltenen Beratungsstellen sein, über das Jugendwohlfahrtsgesetz die Seelenheilkunde bei Kindern und Jugendlichen zu einer kommunalen Institution werden zu lassen, vielmehr sollten die Gesichtspunkte, die die Ärzteschaft gegenüber einem staatlich organisierten Gesundheitswesen m. E. zu Recht vertritt, auch hier Gültigkeit behalten.“

An dieser Stelle sollen nicht inhaltliche Definitionen von Heilkunde und Psychotherapie sowie entsprechende gesetzliche Bestimmungen vertiefend erörtert werden,



zumal es diesbezüglich für Mitarbeiter von Erziehungsberatungsstellen praktikable Regelungen gibt. Vielmehr macht die Kontroverse um Psychotherapie in Beratungsstellen nach der zitierten Meinung eines ihrer Vertreter eine Grenzverletzung deutlich, die von Erziehungsberatungsstellen als Teil des Jugendhilfesystems gegenüber dem System Gesundheitswesen begangen wird. Neben berufspolitischen Differenzen werden dabei offenbar Abgrenzungen und Absicherungen als notwendig erachtet, die sich auf unterschiedliche qualitative Charakteristika dieser beiden Systeme beziehen: es hat den Anschein, als gelte es, die Selbständigkeit von Ärzten und von ihnen abhängigen nichtärztlichen Psychotherapeuten in freier Praxis gegen aus öffentlichen Mitteln getragene Institutionen zu schützen. Inwiefern diese abgrenzende Interessenvertretung eine breite Stimmung innerhalb des Gesundheitswesens repräsentiert, kann hier nicht beurteilt werden. Bei unseren Interviews mit verschiedenen Fachleuten der psychosozialen Versorgung sind jedenfalls solche Bedenken nicht geäußert worden. Dies mag damit zusammenhängen, daß in insgesamt schlecht versorgten Regionen solche Kontroversen mit geringerer Wahrscheinlichkeit entstehen als in Ballungszentren, in denen wechselseitige Konkurrenz befürchtet wird. Trotz dieser unterschiedlichen Relevanz ist aber im Auge zu behalten, daß institutionelle Erziehungsberatung durch ihre nach der gegenwärtigen Versorgungslage unverzichtbaren therapeutischen Aktivitäten die Systemgrenzen des Gesundheitswesens zumindest tangieren kann. Das Erkennen dieses Zusammenhangs erscheint als wesentliche Voraussetzung dafür, wechselseitig flexible Systemgrenzen auszuhandeln. Als Beispiel für eine mögliche argumentative Vorgehensweise kann die Replik auf den Artikel von *Strunk* durch die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung dienen (*Feldmann-Bange* und *Specht* 1986). Für die praktische Versorgung sind solche flexiblen Grenzen notwendig; einige Zahlen sollen das verdeutlichen: Wenn auch nicht in dem Ausmaß wie zu Jugendämtern, Heimen und Schulen, so sehen Erziehungsberatungsstellen durchaus die Aufgabe, Kontakt zu Mitgliedern des Gesundheitssystems zu haben. 50% der befragten Erziehungsberatungsstellen gaben an, regelmäßig mit Kinderärzten bzw. Kinderpsychiatern zusammenzuarbeiten; für die Kooperation mit Hausärzten und Kliniken lagen entsprechende Prozentsätze zwischen 20 und 25% (*Presting* 1987). Letztlich ist aber ausschlaggebend, daß diese Grenzen für betroffene Eltern, Kinder und Jugendliche durchlässig sind; unsere eigenen Daten über Zugangswege zu den südniedersächsischen Erziehungsberatungsstellen lassen keinen Rückschluß zu, ob das in ausreichendem Maß der Fall ist: bei 12% der Erziehungsberatungs-Klientel gaben Ärzte die Anregung, eine Erziehungsberatungsstelle aufzusuchen (die Häufigkeiten des Aufsuchens der Beratungsstelle aus eigener Initiative bzw. der Anregung zur Vorstellung durch Lehrer lagen bei 31,5 und 23%). Bevor Eltern, Kinder und Jugendliche eine Beratungsstelle in Anspruch nahmen, hatten 12% von ihnen wegen der gleichen Problematik bereits ihren Hausarzt um Rat gefragt, 9% ihren

Kinderarzt und 4% einen Nervenarzt (beim Jugendamt, also innerhalb des gleichen Systems, waren vorher 9% gewesen).

### Erziehungsberatung und Jugendhilfe

Bei der bereits zitierten Umfrage von *Presting* (1987) gaben 72% der Erziehungsberatungsstellen und 54% der Integrierten Beratungsstellen an, regelmäßig mit Jugendämtern zusammenzuarbeiten. Dies unterstreicht die enge Bindung der institutionellen Erziehungsberatung an das Jugendhilfesystem. Die nähere Betrachtung zeigt jedoch, daß die Kooperation nicht ohne Schwierigkeiten und Differenzen verläuft. In unseren Interviews mit Sozialarbeitern von Jugendämtern wurden präzise Erwartungen, aber auch Kritik geäußert: Die überwiegende Zahl der Jugendamtsmitarbeiter sah einen wesentlichen Schwerpunkt der Tätigkeit von Erziehungsberatungsstellen in der Unterstützung und Ergänzung ihrer eigenen Arbeit. Die Beratungsstellen sollten sich auf Grund ihrer breiter gefächerten fachlichen Kompetenz und therapeutischen Qualifikation besonders um diejenigen Kinder, Jugendlichen und Familien kümmern, bei denen sie selbst mit ihren Möglichkeiten nicht mehr weiterkämen; es gehe also vor allem um Diagnostik, Beratung und Behandlung von schweren innerfamiliären Konflikten und extremen Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. In dieser Erwartung fühlten sie sich jedoch oft enttäuscht, was vor allem daran liege, daß Erziehungsberatungsmitarbeiter nicht in ausreichendem Maße auf solche Betroffenen zugehen, sondern darauf warteten, bis diese von sich aus die Beratungsstelle aufsuchten. Diese abwartende Haltung, verbunden mit einer Methodenorientiertheit, mit der viele Ratsuchende zunächst nichts anfangen könnten, verhindere das Zustandekommen wirksamer Hilfen und begünstige eine zu starke Ausrichtung des Angebots der Beratungsstellen auf Angehörige mittlerer sozialer Schichten. Weiterhin würden notwendige Rückmeldungen häufig ausbleiben, weil sich die Beratungsstellenmitarbeiter auf ihre Schweigepflicht berufen würden.

Hier ist also eine deutliche Kritik an zwei Essentials institutioneller Erziehungsberatung spürbar, der freien Zugangsentscheidung der Ratsuchenden und – allerdings nur vordergründig – der Bindung der Beratungsstellenmitarbeiter an die Bestimmungen des §203 StGB. Der Schutz von Privatgeheimnissen wird nämlich auch von Sozialarbeitern der Jugendämter für notwendig gehalten und für die eigene Institution in gleichem Ausmaß gewünscht; es werden aber Absprachen erwartet, die unter Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen Rückmeldungen ermöglichen. Wesentlicher erscheint die Kritik an der Freiwilligkeit von Beratung, da dies in der Praxis aus der Sicht der Jugendamtssozialarbeiter oft bedeutet, daß die schwierige Aufgabe unterbleibt, Familien mit psychosozialen Problemen zur Inanspruchnahme fachlicher Hilfe zu motivieren.

Erwartungen seitens der Erziehungsberatungsstellenmitarbeiter in Richtung Jugendamt erschienen bei unse-

ren Gesprächen hingegen weniger klar und präzise; sie bezogen sich vor allem auf soziale Unterstützung und Betreuung von Problemfamilien. Eine wesentliche Ursache für diesen Unterschied besteht vermutlich darin, daß Erziehungsberatungsstellenmitarbeiter sich weniger mit Arbeitsbedingungen von Jugendämtern auseinandergesetzt hatten als dies umgekehrt der Fall war.

Es liegt also der Verdacht nahe, daß institutionelle Erziehungsberatung sich „einen privilegierten Sonderstatus für ihre Arbeitsbedingungen und ihren methodischen Arbeitsansatz gesichert, und sich damit aus den drängenden und mühseligen Aufgaben der gemeinen Jugendhilfe herausgezogen“ habe (Thiersch 1985, 24). Die klinische Erziehungsberatungsstelle, die den Einsatz ihrer Beratungs- und Behandlungskompetenz davon abhängig macht, ob Ratsuchende aus eigener Entscheidung die Institution aufsuchen, die ihre Methoden nicht den Bedürfnissen der Ratsuchenden anpaßt und die sich gegenüber Kooperationswünschen anderer Fachleute der psychosozialen Versorgung reserviert verhält, macht ihre Subsystemgrenzen gegen das übrige Jugendhilfesystem dicht. Institutioneller Erziehungsberatung droht damit die Isolierung: sie bewegt sich in Handlungsfeldern des Gesundheitswesens, das sich dagegen abzuschotten versucht, entfernt sich hingegen von Erwartungen, die von den übrigen Mitgliedern der Jugendhilfefamilie an sie herangezogen werden.

### Die Debatte innerhalb der institutionellen Erziehungsberatung

Die kritischen Anmerkungen aus dem übrigen Jugendhilfesystem treffen nun auf Überlegungen innerhalb der institutionellen Erziehungsberatung, stärker als bisher die sozialen Lebensbezüge der Ratsuchenden in die Arbeit einzubeziehen, um unter anderem dadurch auch diejenigen erreichen zu können, die bislang vom Beratungsangebot der Erziehungsberatungsstellen nicht profitieren konnten. Besonders der Vorwurf, vor allem an der Mittelschicht orientiert zu sein, dient als griffiges Argument innerhalb einer Diskussion, deren Pole durch die Konzepte *klinische Beratungsstelle* und *lebensfeldliche Öffnung* markiert werden. Bevor auf diese Konzepte des Lebensfeldes und der Alltagsorientierung kurz eingegangen wird, soll das Argument der Mittelschichtorientiertheit näher in Augenschein genommen werden. Dabei gibt es Verständigungsprobleme, weil untere Sozialschichten, deren Angehörige von der herkömmlichen Erziehungsberatung angeblich nicht erreicht werden, unterschiedlich definiert werden: Einmal sind damit Angehörige sozialer Randgruppen gemeint, ein anderes Mal Arbeiterfamilien oder Angehörige der Sozialschichten 5 und 6 nach der Einteilung von Moore und Kleinig (1960). Je nach Definition kommt man zu völlig unterschiedlichen Ergebnissen und Schlußfolgerungen. Das läßt sich am Beispiel der südniedersächsischen Beratungsstellen verdeutlichen: Nach den Angaben von Kleinig (1975) lag 1974 der Anteil von sozialen Randgruppen (sogenannte sozial Ver-

achtete bzw. Sozialschicht 7 nach Kleinigs Terminologie) an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik bei 2%. In den südniedersächsischen Erziehungsberatungsstellen wurden bei den Erstkontakten des 2. Halbjahrs 1982 und des 1. Halbjahrs 1984 keine Klienten aus dieser Sozialschicht festgestellt – eine Stütze für die These, daß institutionelle Erziehungsberatung diese Zielgruppe nicht erreicht. 28% der Bevölkerung waren bei Kleinig der oberen Unterschicht (v.a. gelernte Arbeiter), 11% der unteren Unterschicht (v.a. ungelernte Arbeiter) zuzuordnen. Die Gruppe der als sozial randständig bezeichneten Menschen mitgerechnet betrug der Anteil der Unterschichten an der Gesamtbevölkerung also 41%. In der Erstkontakt-Klientel der südniedersächsischen Erziehungsberatungsstellen waren hingegen 48% den Unterschichten zuzuordnen (davon 29% der oberen Unterschicht, 19% der unteren Unterschicht). Die letztgenannte Gruppe war also im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in den Beratungsstellen überrepräsentiert. Der obere Mittelschichtanteil entsprach in etwa der Allgemeinbevölkerung, während die Gruppe der unteren Mittelschicht mit 32% gegenüber 40% in der Allgemeinbevölkerung unterrepräsentiert war. Die Behauptung einer Mittelschichtorientiertheit der Erziehungsberatungsstellen erwies sich also bei dieser Erhebung als Vorurteil. Allerdings sind dabei zwei Einschränkungen zu beachten: Erstens beziehen sich diese Daten nur auf Erstkontakte; ob bei Klienten, die sich in längerfristiger Betreuung befinden, ein höherer Mittelschichtanteil vorliegt, müßte geprüft werden. Zweitens differierte die Relation Mittelschicht zu Unterschicht zwischen den einzelnen Beratungsstellen beträchtlich. Die Streubreite wurde dadurch markiert, daß in einer Beratungsstelle in der Tat zwei Drittel der Klienten aus mittleren sozialen Schichten stammten, während in einer anderen Einrichtung knapp zwei Drittel der Klienten Unterschichtangehörige waren.

Das Argument, institutionelle Erziehungsberatung würde sich zu sehr an Angehörige mittlerer sozialer Schichten richten, ist also bei näherer Betrachtung nicht besonders stichhaltig, wenn es eine lebensfeldliche Öffnung von Beratung zu begründen gilt. Es kann deshalb bei dieser neuen Konzeption auch nicht um eine Ergänzung des bisherigen Angebotsspektrums gehen, sondern um eine umfassende Sichtweise einer alltagsorientierten Hilfe zur Selbsthilfe. Dazu gehören unter anderem:

- Methodenoffenheit, nicht nur im Hinblick auf psychotherapeutische Verfahren, sondern auch hinsichtlich sozialer, ökonomischer, institutioneller und politischer Probleme im Lebensfeld der Ratsuchenden;
- Stadtteilorientierung und ein Angebot von Beratung an der Stelle, wo Probleme entstehen (z.B. in der Schule, im Kindergarten);
- Arbeit im sozialen Netzwerk, Interessenvertretung der Klienten gegenüber anderen Institutionen;
- präventive Orientierung (Thiersch 1985).

Dieses umfassende Konzept, das ähnlich auch von Buchholz und Mitarbeitern (1984) beschrieben wurde, schließt Aufgabenstellungen mit ein, um die sich auch die Sozial-

arbeiter der Jugendämter – sei es im Rahmen des Sozialdienstes, sei es bei der offenen Jugendarbeit – kümmern. Eine Umorientierung institutioneller Erziehungsberatung setzt daher gemeinsame Planungen und Abstimmungen besonders mit diesen Fachleuten der psychosozialen Versorgung voraus, wenn die Erziehungsberatungsstellen Probleme mit den Subsystemgrenzen der übrigen Jugendhilfe vermeiden wollen. Außerdem ist bei einem solchen Vorhaben eine zweite Systemgrenze zu beachten, die der Ratsuchenden. „Alltagsorientierte Beratung dringt ... in den Lebensraum des Klienten ein; sie tut es, so behauptet sie, um zu helfen; kontrolliert sie nicht aber? Ist also – prinzipieller und pointierter gefragt – alltagsorientierte Beratung nicht eine Bedrohung der Alltagserfahrungen und -ressourcen des Klientels? ... Die pädagogisch-therapeutische Tradition des Besserwissens und Manipulierens ist mächtig, zumal sie im gesellschaftlichen Interesse von Disziplinierung und Kontrolle agiert.“ (Thiersch 1985, 38).

### Die Perspektive der Ratsuchenden

Um diese Gefahr des Kontrollierens von Klienten so gering wie möglich zu halten, ist es wichtig, zu erfahren, welche Bedürfnisse, Erwartungen und Vorbehalte potentielle Ratsuchende gegenüber fachlicher psychosozialer Hilfe haben. Dazu soll an Hand der bisherigen Literatur zusammenfassend erörtert werden, welche Faktoren die Entscheidung von Eltern beeinflussen, Erziehungsberatungsstellen in Anspruch zu nehmen. Diese Rekonstruktion handlungsleitender Kognitionen beruht auf dem theoretischen Konzept subjektiver Theorien (u.a. Dann 1983), sie trägt vorläufigen Charakter und bedarf der empirischen Überprüfung.

- In Interviews mit jungen Eltern wurde deutlich, daß Familie und Kindererziehung als private Bereiche erlebt werden, für welche die Eltern sich als selbst zuständig und verantwortlich betrachten (Lüscher 1986). Die Bedeutung dieser familiären Autonomie wird auch von den Unterschichtsfamilien betont, mit denen Buchholz und Mitarbeiter ausführlich sprachen. Entsprechend hoch wurde von diesen Familien die Problemschwelle gesetzt, jenseits der überhaupt erst professionelle Hilfe in Betracht komme (z. B. bei Drogenabhängigkeit). Zwei zusätzliche Einflüsse begünstigten allerdings die Bereitschaft, eine solche Hilfe in Anspruch zu nehmen: erstens, wenn die Probleme schon außerhalb der Familie bekannt geworden waren; zweitens, wenn die Eltern in Erziehungsfragen oder Problembewältigungsstrategien uneinig waren (Buchholz et al. 1984).
- Offenbar spielt nicht nur das Ausmaß, sondern auch die Art der Probleme eine Rolle. Vor allem Probleme im Lern-Leistungsbereich und expansive, trotzungs- und erfolgssame Verhaltensweisen sind nach den Befragungen von Lüscher sowie Buchholz und Mitarbeitern Auffälligkeiten, die eine Inanspruchnahme von Fachdiensten nahelegen.

- Nach der Festlegung von Art und Ausmaß der Probleme geht es in den nächsten Schritten elterlicher Kognitionen um kausale und finale Attribuierungsprozesse. Dabei erscheint im Kontext der hier behandelten Thematik bedeutsam, ob die Einmischung durch Angehörige des inoffiziellen sozialen Netzwerks bedrohlicher erscheint als institutionelle Beratung, vor allem, wenn Eltern sicher sein können, daß ihre Privatgeheimnisse in der Beratungsstelle geschützt bleiben.
- Ein weiterer Faktor für die Bereitschaft, psychosoziale Dienste in Anspruch zu nehmen, ist das Wissen über solche Facheinrichtungen. Untersuchungen von Rutter und Mitarbeitern (1970) sprechen dafür, daß Eltern zur Reduktion kognitiver Dissonanzen vorhandene Probleme und Schwierigkeiten herunterspielen, wenn ihnen keine Hilfsmöglichkeit bekannt ist.
- Schließlich ist die Bewertung von Beratung und von psychosozialen Institutionen eine wesentliche Einflußgröße auf die Zugangsentscheidung.

Die bisher vorliegenden Untersuchungen lassen vermuten, daß im Hinblick auf die Zugangsentscheidung sowohl das Ergebnis dieses Bewertungsvorgangs als auch die Beurteilung der Probleme beim definierten Problemträger Kind von Sozialschichtvariablen mitbestimmt werden.

Institutionelle Erziehungsberatung muß demnach den hohen Stellenwert familiärer Autonomie respektieren, für den uneingeschränkten Schutz von Privatgeheimnissen Sorge tragen sowie die eigene Institution und Arbeitsweise bekannt und transparent werden lassen, wenn sie Zugangsschwellen für potentielle Ratsuchende senken will.

### Schlußfolgerungen

Abschließend soll nun die Bedeutung eines Versorgungssystems für Entwicklungsperspektiven institutioneller Erziehungsberatung zusammenfassend erläutert werden. Durch die bisherigen Ausführungen konnte gezeigt werden, daß gegenwärtige Arbeitsweisen und zukunftsorientierte Konzepte von Erziehungsberatung nicht isoliert von anderen psychosozialen Institutionen und von den Bedürfnissen und Einstellungen der Ratsuchenden gesehen werden können. Das Modell eines Versorgungssystems ermöglicht die Beschreibung und Analyse von Wechselwirkungen zwischen den Institutionen; es bietet zudem den Vorzug, regionale Besonderheiten berücksichtigen zu können.

Die Konzeptdebatte innerhalb des Subsystems Erziehungsberatung bewegt sich zwischen den Polen klinische Beratungsstelle und lebensfeldliche Öffnung. Unter Bedarfsgesichtspunkten gibt es gute Argumente für die Existenz von Beratungsstellen mit ausgesprochenem Beratungs- und Behandlungsschwerpunkt einschließlich psychotherapeutischen Vorgehens, sofern dieses Angebot für die große Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die solche Hilfen benötigen, tatsächlich verfügbar ist. Erhebungen in südniedersächsischen Erziehungsberatungs-



stellen haben gezeigt, daß der Vorbehalt einer Mittelschichtorientierung derartiger institutioneller Erziehungsberatung nicht verallgemeinert werden kann. Die nach der gegenwärtigen Versorgungslage unverzichtbaren psychotherapeutischen Tätigkeiten können allerdings seitens des Gesundheitswesens Konkurrenzbedürfnissen und Abgrenzungsbestrebungen hervorrufen. Bestimmte institutionelle Charakteristika dieses Typs von Erziehungsberatung vermitteln zudem Abgrenzungen gegen Erwartungen, die das zweite wichtige Versorgungssystem, die übrige Jugendhilfe, an fachlich kompetente Arbeit von Beratungsstellen hat. Das neue Konzept der lebensfeldlichen Öffnung greift diese Erwartungen und Bedürfnisse auf und verknüpft sie mit einer stärkeren Einbeziehung sozialer und ökonomischer Probleme. Eine konsequente Verwirklichung einer derartigen Sichtweise von Beratungstätigkeit kann aber andererseits eine zu weitgehende Einmischung in familiäre Autonomiebedürfnisse zur Folge haben und in Konkurrenz zu Handlungsfeldern anderer Jugendhilfeinstitutionen treten.

Eine eindeutige Entwicklungsrichtung für Erziehungs- und Familienberatung ist daher nicht auszumachen. Auf jeden Fall sind aber Wechselwirkungen mit anderen psychosozialen Institutionen zu erkennen, die es notwendig machen, die Systemgrenzen zwischen den Einrichtungen flexibel und für Ratsuchende durchlässig zu halten. Dabei ist es wichtig, regionale Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen. Je nach gewachsenen Strukturen und Kompetenzverteilungen sowie damit zusammenhängenden regionalen Besonderheiten des Bedarfs sind nämlich durchaus unterschiedliche Formen institutioneller Erziehungsberatung vorstellbar und sinnvoll. Dies auszuhandeln ist gemeinsame Aufgabe der an der regionalen Versorgung beteiligten Institutionen. Das Ziel eines Verbundsystems bekommt damit für die inhaltliche Definition von Erziehungsberatung eine neue Bedeutung.

### Summary

#### *The Place of Institutionalized Child Guidance Counseling within a System of Psychosocial Assistance*

In this contribution, the concepts and approaches of institutionalized child guidance counseling are seen in relation to the expectations and features that distinguish it from other psychosocial systems as well as in relation to the needs and attitudes of those seeking advice. This approach was made possible in part by the fact that the author's own surveys of counseling centers and juvenile au-

thorities in southern Lower Saxony could be used as a basis for his observations. The description and analysis of interdependencies rests on the model of a regional assistance network, whose development as a coordinated system of associated counseling institutions makes flexible definitions possible and opens up greater freedom of action.

### Literatur

- Buchholz, W., Gmür, W., Höfer, R., Straus, F. (1984): *Lebenswelt und Familienwirklichkeit*. Frankfurt. – *Bundeskongress für Erziehungsberatung* (1985): Bedingungen und Einflußmöglichkeiten institutioneller Erziehungs- und Familienberatung. Fürth. – *Bundeskongress für Erziehungsberatung* (1986): Bedingungen und Einflußmöglichkeiten institutioneller Erziehungs- und Familienberatung (Bd. 2). Fürth. – Dann, H. D. (1983): Subjektive Theorien: Irrweg oder Forschungsprogramm? In: Montada, L., Reusser, K., Steiner, G. (Hrsg.): *Kognition und Handeln*. Stuttgart. – *Deutscher Bundestag* (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 7/4200. – Feldmann-Bange, G., Specht, F. (1986): Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen. Stellungnahme der Bundeskongress für Erziehungsberatung zum Editorial von Peter Strunk. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 14, 94–99. – Graham, P. (1979): Epidemiological studies. In: Quay, H., Werry, J. S. (Hrsg.): *Psychopathological disorders of childhood*. New York, 185–209. – Höger, C., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A. (1985): Inanspruchnahme ambulanter psychosozialer Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in Südniedersachsen. Göttingen (unveröffentlichter Abschlußbericht eines Forschungsvorhabens.). – Kleining, G. (1975): Soziale Mobilität in der BRD. *Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol.* 27, 273–292. – Lüscher, K. (1986): Das Erziehungsverständnis und Erziehungsverhalten junger Eltern. Expertise zum 7. Jugendbericht (unveröff.). – Moore, H., Kleining, G. (1960): Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten. *Kölner Z. Soziol. Sozialpsychol.* 12, 86–118. – Presting, G. (1987): Erziehungs- und Familienberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung, Inanspruchnahme und Tätigkeiten. In: Presting, G., Westphal, R., Sielert, U.: *Erziehungskonflikte und Beratung*. Weinheim. – Rutter, M., Tizard, J., Withmore, K. (1970): *Education, Health and Behaviour*. London. – Spittler, H. D., Specht, F. (Hrsg.) (1984): *Basistexte und Materialien zur Erziehungs- und Familienberatung*. Göttingen. – Strunk, P. (1985): Psychotherapie in Erziehungsberatungsstellen. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 13, 79–81. – Thiersch, H. (1985): Erziehungsberatung und Jugendhilfe. In: Klug, H. P., Specht, F. (Hrsg.): *Erziehungs- und Familienberatung: Aufgaben und Ziele*. Göttingen, 24–40.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Christoph Höger, Abt. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie, v.-Siebold-Str. 5, 3400 Göttingen.